Docteur Félix MITRY
De la Faculté de Médecine de Paris

DES

Fistules Sus-Pubiennes

CONSÉCUTIVES A LA PROSTATECTOMIE

PARIS
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine, 15
1920

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Le Docteur FÉLIX MITRY
Médecin-major de 1re classe

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MON BEAU-PÈRE

le Docteur RIVET
Chirurgien des Hôpitaux
Chargé du Cours d'Urologie à l'Ecole
de plein exercice de Nantes.

Qui nous inspira ce travail
et nous montra toujours une
grande bienveillance.

A MES MAITRES
DE L'HOTEL-DIEU
ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur PIERRE DUVAL

Chirurgien à l'Hôpital Lariboisière
Officier de la Légion d'honneur

MEIS ET AMICIS

DES

FISTULES SUS-PUBIENNES

CONSÉCUTIVES A LA PROSTATECTOMIE

AVANT-PROPOS

Il est de mode à l'heure actuelle de jeter un certain discrédit sur la belle opération qu'est la prostatectomie transvésicale, intervention qui, à ses débuts, avait jeté des destructeurs actuels dans un enthousiasme excessif, aux dépens de la prostatectomie périnéale qu'ils abandonnaient alors et qu'ils réhabilitent aujourd'hui sans plus de mesure. Après avoir brûlé ce qu'ils avaient adoré, ils adorent désormais ce qu'ils ont brûlé.

Nous n'avons pas l'intention dans ce court travail d'établir un parallèle entre les deux interventions, qui ne peuvent pas plus être comparées qu'une taille et une lithotritie. Elles ont toutes les deux leurs qualités et leurs défauts, et des indications absolument spéciales à notre avis. Indications, qui d'après tout ce que nous avons vu, sont infiniment plus fréquentes

dans la sus-pubienne que dans la périnéale qui est l'exception.

Si, prétend-on, la transvésicale est plus facile et plus à la portée de tous les chirurgiens, elle apparaît d'un pronostic plus sévère, par ses dangers d'hémorragie, par la nécessité d'être faite en deux temps chez les grands infectés et chez ceux qui ont de mauvais reins et par la lenteur parfois de sa cicatrisation.

Nous, nous estimons, que la lenteur de la consolidation ne doit pas être mise en parallèle à celle de la périnéale qui demande un temps infiniment plus long, car la guérison dans les cas ordinaires est en moyenne de vingt-cinq à vingt-huit jours. Nous savons bien que parfois on peut obtenir une guérison plus rapide, mais, nous sommes sûrs que c'est l'exception et que les guérisons survenant au trentième et trente-cinquième jour sont loin d'être rares, pour parler franchement. Nous y reviendrons dans un instant.

L'hémorragie, le fameux point noir pour certains, fréquente certes, ne nous paraît pas revêtir un caractère de gravité si considérable et surtout si fréquent qu'on le dit. Une loge prostatique, bien nettoyée de son adénome, avec des bords peu déchiquetés, bien tamponnée à la Marion, ne saigne pas, ou tout au moins très peu. Elle saigne parfois après l'ablation des mèches ; mais si celle-ci est faite sciemment et doucement, il y a peu de danger.

L'hémorragie assez sérieuse, n'arrive guère que

quelques jours après, soit à la suite de la chute de caillots obturateurs, soit par manœuvres intempestives, contractions vésicales, lavages ou injections. Nous en avons vu deux ou trois fois, qui ont pu être arrêtées par un nouveau tamponnement avec mèches tassées avec le doigt ou introduites dans la cavité prostatique par une technique analogue à celle du tamponnement des fosses nasales.

La plus grave critique que l'on puisse faire à cette opération, et la seule grave, c'est la défectuosité du drainage. Ni tube de Freyer, ni tube coudé de Marion ou autre, ne parvient à drainer mathématiquement un bas-fond vésical presque en tablier. C'est là la seule supériorité de la périnéale.

Quant au drainage, cystostomie sus-pubienne préalable, c'est en effet une infirmité bien désagréable à infliger au patient. Mais chacun sait combien est grande son efficacité et combien de malades qui présentaient 2 et 3 grammes d'urée dans le sang ou des constantes archi-mauvaises, ont pu être opérés avec succès, parfois bien des mois après, et cela grâce au drainage préalable.

Notre travail n'a pas pour but d'établir la supériorité de la transvésicale sur la périnéale ni son degré d'infériorité dans certains cas. D'après ce que nous avons vu dans le service de notre maître M. le Dr Rivet, il nous a paru que la voie périnéale s'imposait surtout lorsqu'on se trouvait en présence de prostates non énucléables, de ces prostates qualifiées type prostatite chronique ou de certaines variétés

d'épithéliomes dont la trame conjonctive prédomine et étouffe l'élément épithéliomateux, qui ressemblent aux squirrhes des vieilles femmes et qui tuent, non par leur qualité « cancer », mais par les troubles urinaires qu'ils provoquent. A la voie sus-pubienne conviennent toutes les hypertrophies prostatiques, de quelque volume qu'elles soient, bombant au périnée, ou évoluant dans la cavité vésicale, pourvu qu'elles aient les caractères d'un adénome, c'est-à-dire d'une néoplasie entourée d'une capsule conjonctive dans laquelle il est relativement aisé de trouver un plan de clivage.

Nous savons bien que le professeur Marion a récemment enlevé des prostates, à type diffus, en prenant son plan de clivage complètement en dehors de la prostate elle-même. Mais c'est un tour de force où il faut une habileté très spéciale.

Dans ce court travail nous n'avons en vue que les moyens à employer pour diminuer la durée de la guérison de la sus-pubienne, voulant parler d'une complication fréquente, plus fréquente que beaucoup ne l'avouent, et scientifiquement il faut comme en toute chose être sincère, c'est la lenteur de la cicatrisation de la plaie et sa transformation parfois en un trajet fistuleux, soit d'emblée, soit parfois après quelques jours d'une cicatrisation apparente.

Nous allons donc étudier :

La marche de la cicatrisation.

La formation du trajet.

Sa structure.

Sa fréquence en rapport avec une prostatectomie en un ou deux temps.

Ses causes.

Les moyens de les éviter.

Les modes de traitement.

OBSERVATION I (Dr Rivet)

X..., de Montfaucon-sur-Maine, adressé par le Dr Glaise, est âgé de soixante-trois ans, cultivateur, très bon état général, bien musclé sans embonpoint. Présente des troubles mictionnels datant de six mois caractérisés par des envies d'uriner fréquentes la nuit (cinq à six fois) avec attente ; les mictions journalières sont plus faciles. Vers la fin de février, il est pris un dimanche soir de rétention d'urine nécessitant un cathétérisme biquotidien pendant trois jours. Quelques jours après, seconde rétention que le sondage pratiqué pendant huit à dix jours n'améliore pas.

Il entre à la clinique du Dr Rivet le 10 avril. L'examen décèle une prostate assez volumineuse de consistance nettement adénomateuse à droite, un peu plus ferme à gauche. Les urines sont légèrement purulentes. Il n'y a pas de température. L'analyse du sang donne un taux d'urée ne dépassant pas 0 gr. 65. L'épreuve du carmin d'indigo est satisfaisante.

L'intervention acceptée est pratiquée en deux temps : Le 13 avril, sous-anesthésie générale, distension vésicale avec 450 grammes d'une solution d'oxycyanure. Incision au-dessus du pubis longue de 3 centimètres au maximum ; le cul-

de-sac péritonéal est relevé le plus haut possible et la vessie est incisée parallèlement à la symphise. Mise en place d'un tube coudé.

Le 21 avril, prostatectomie : ablation très aisée du lobe droit, plus laborieuse à gauche ; mais la loge est bien vide et non tomenteuse. Intervention très saignante suivie d'un tamponnement direct de la cavité avec trois longues mèches conduites à l'aide d'une pince et tassées avec l'index gauche. L'hémorragie cesse dès le début du lavage. Mise en place du gros tube de Freyer.

Le 24, avril on enlève le Freyer et les mèches, on le remplace par un tube coudé de Marion.

Le 27 avril, tube de 50.

Le 30 avril, tube de 40.

Le 3 mai, tube de 30.

Le 7 mai on enlève le tube, la plaie est notablement rétrécie et de bonne nature ; on passe un crayon de nitrate d'argent dans le trajet, et mise en place d'une sonde béquille en gomme nº 19. Depuis le début léger lavage quotidien au protargol très étendu.

Le 16 mai, la petite plaie est absolument cicatrisée, il n'y a plus qu'une petite croûte ; la sonde est enlevée dans la journée ; le malade urine assez aisément.

Cette observation est celle d'une prostatectomie banale en deux temps, mais rapportée précisément parce qu'elle est banale et le type de l'opération dont tous les actes se sont passés sans qu'aucun incident n'ait entravé une guérison effectuée dans les conditions de durée normale. Pratiquée le 21 avril

et terminée le 16 mai, la guérison absolue a donc été obtenue en vingt-cinq jours exactement. Or d'après le grand nombre de prostatectomies que nous avons vu faire, dont nous avons contrôlé les observations, ce laps de temps nous paraît être celui sur lequel on doit compter en moyenne. Une durée plus courte étant l'exception quand on emploie uniquement la méthode de Freyer.

Plusieurs points cependant de notre observation sont à retenir : Siège précis de l'incision. Faible dimension de cette incision. Relèvement le plus haut possible du cul-de-sac péritonéal. Incision transversale de la vessie.

L'incision de la paroi ne dépasse guère 3 à 4 centimètres au maximum ; juste la dimension voulue pour introduire l'index et faire sortir l'adénome, qui peut, pour plus de facilités, être fragmenté en ses deux lobes. Le tube de Freyer entre à frottement et, point n'est besoin dans la plupart des cas de faire de suture ; un seul point suffit pour rétrécir l'angle supérieur de la plaie et maintenir le drain en place.

Le troisième jour, suivant le procédé habituel, c'est-à-dire à l'aide d'un lavage à l'eau oxygénée, les mèches sont enlevées et l'on remplace le drain de Freyer par un tube coudé de Marion. De trois jours en trois jours, en moyenne, ces dits tubes sont remplacés par d'autres de moindre dimension.

Progressivement, donc, on voit l'incision diminuer de volume, ses lèvres bourgeonner tout autour des drains ; et ce n'est que lors de l'ablation du plus

petit drain, qui n'est parfois qu'un numéro 25 et même 22, que la sonde uréthrale est mise en place. Le plus souvent il s'agit d'un Malécot, introduit sur mandrin.

Les drains retirés, la plaie sus-pubienne diminue de plus en plus. Bientôt une croûtelle se forme et la cicatrisation devient sous-crustacée.

De temps en temps l'opercule est enlevé avec un tampon et de l'alcool ; les bourgeons sont cautérisés avec le nitrate d'argent, ou soupoudrés simplement de poudre d'ektogan. Vers le vingt-cinq ou vingt-septième jour la sonde uréthrale est retirée et le patient urine seul et sans trop de difficulté le plus souvent.

Mais dans certains cas, cette marche vers la cicatrisation, progressive, et sans incidents, habituelle, se ralentit, et l'on assiste à des retards de cicatrisation qui peuvent varier de quelques jours à bien des semaines. Etudions-en les causes.

CAUSES DE CES FISTULES

Caractères de l'incision de la paroi

Nous estimons que l'incision de la paroi — si l'opérateur a l'avantage d'avoir les doigts longs — et l'intervention peut dans presque tous les cas être menée à bonne fin avec l'index seul — doit être très courte, trois centimètres en moyenne — si la dite section porte exactement entre les doigts, et que ceux-ci soient réclinés sans efforts, si le cul-de-sac péritonéal est bien relevé, toujours sur la ligne médiane, sans décollements latéraux, ni surtout en avant vers la cavité de Retzius, on a devant soi une ouverture verticale, nette, sans anfractuosités qui va toujours en se rétrécissant, au fur et à mesure de l'enlèvement des divers drains, et qui ne présente plus extérieurement vers le dix-septième ou dix-huitième jour qu'une fente linéaire d'une cicatrisation facile.

Il n'en peut plus être de même, si l'incision comme nous en avons vu, a cinq, huit, dix centimètres et plus, comme une véritable laparotomie. Evidemment, une longue incision rend les différents temps

opératoires plus aisés, mais au détriment de la brièveté de la réparation.

Nous avons vu même, dans un cas, à la suite de la suppuration des fils et du reste de la plaie, une large éventration se produire, avec une hernie vésicale, véritable extrophie qui nécessita une intervention autoplastique.

Nous croyons même qu'il faut éviter les points de suture, ou en faire le moins possible, pour éviter une infection à leur niveau.

Infection de la plaie opératoire

Elle peut venir de l'extérieur ou de la vessie elle-même :

1° *De dehors en dedans.* — L'infection de la plaie opératoire, comme celle de toutes les plaies rend plus lente la réunion. Ces plaies sont recouvertes, sur toute l'étendue du trajet, de bourgeons, mous, saignants, sans grande tendance à la coalescence ; le pourtour de l'incision est un peu rouge, ou légèrement violacé, la peau est décollée ; et au lieu de la sérosité de bonne nature, le liquide qui entoure le drain est nettement purulent. Cette infection est commune dans les incisions qui comportent plusieurs points de suture : l'on voit sourdre une gouttelette, le long du fil, à la pression, et le trajet a donc pu s'infecter de proche en proche par l'extérieur. Il est également fréquent de voir cette forme d'infection, à la suite de prostatectomies faites en deux temps,

quelles que soient les précautions prises, un drain laissé un certain temps donnant toujours lieu à un peu d'infection périphérique.

2° *De dedans en dehors.* — L'infection peut être primitivement endovésicale ; elle se voit chez ces vieux prostatiques, habitués à la sonde, à vessie à cellules, à cul-de-sac rétroprostatique profond, parfois à diverticules congénitaux ou simulés qui sont infectés, et qu'une cystostomie préalable n'a pas complètement aseptisés.

Le malade a pu s'infecter secondairement et par les causes les plus diverses. Ainsi, un adénome volumineux a été enlevé aisément mais laisse à sa place une énorme cavité ; les mèches enlevées, aucun suintement sanguin inquiétant ; quand huit, dix jours plus tard, alors que la plaie se ferme, il se déclare une hémorragie inquiétante qui ne cède ni à la médication interne ni aux lavages chauds. Force est d'enlever le drain, d'introduire le doigt dans la vessie et de tamponner la loge, ou même parfois, ce qui était autrefois la partie initiale de l'urèthre prostatique. Nous avons vu des hémorragies surtout uréthrales, qu'il fallait tamponner par un procédé rappelant le tamponnement des fosses nasales. Fatalement, au cours des manœuvres, et par le séjour prolongé des mèches, l'infection endovésicale s'installe et la marche de la cicatrisation se ralentit ; sans parler des troubles apportés à la guérison par la dilatation digitale ou instrumentale du trajet et, facteur important, de l'affaiblissement dû à l'hémorragie.

L'infection peut être aussi d'origine uréthrale et tardive : sonde à demeure mal supportée ; canal étroit ; anciennes uréthrites, par cathétérisme répétées, mal éteintes ; toutes causes fréquentes pouvant donner des lésions d'épididymites. Et, quelques cas rares à la vérité, mais qu'il faut connaître : abcès de la région bulbaire, commandant parfois l'incision à ce niveau.

Insuffisance ou mauvais fonctionnement du drainage sus-pubien d'abord ou du drainage uréthral ensuite

Dans certains cas, pour des raisons qui ne sont pas toujours faciles à déterminer de façon précise, le drainage sus-pubien ne fonctionne pas exactement, l'urine s'écoule en partie entre la paroi du trajet et le drain. C'est le cas de ces vessies intolérantes, se contractant au moindre contact. La mise au point du drain est aussi difficile que celle d'une sonde, d'où nécessité, de modifier plusieurs fois dans la journée sa position, de changer de modèle ; bref nécessité de manœuvres qui à la longue irritent ou même infectent le trajet.

Ce que nous disons du drainage sus-pubien, est encore plus vrai et plus fréquent, pour le drainage uréthral : la sonde fonctionne mal, l'œil ou les œils terminaux de la sonde, sont oblitérés fréquemment, par des mucosités, par des sels terreux, des lambeaux épithéliaux, des caillots sanguins ; incidents

souvent difficiles à combattre et qui ne relèvent pas toujours de l'infection, mais d'une prédisposition individuelle. L'irrégularité de fonctionnement de la sonde peut encore être provoqué par le gros volume du cratère prostatique. Une fois l'adénome enlevé, par son mode de réparation, par l'existence d'une sorte d'étranglement au pourtour de l'ancien urèthre prostatique et l'existence d'une cavité au-dessous, la vessie présente l'aspect d'une gourde renversée. Pour le bon rendement de la sonde, il faut que son œil affleure le sommet du cratère. Au moindre mouvement elle se déplace, et son extrémité se loge dans l'ampoule prostatique, d'où mauvais drainage, et reflux de l'urine par l'ouverture abdominale.

Lenteur de la cicatrisation provenant de la vessie elle-même

Elle peut provenir d'un défaut de technique que l'opération soit faite en un temps, ou en deux temps, et c'est le cas le plus fréquent. Certains opérateurs croient qu'il est mieux, une fois la vessie ouverte et le tube coudé introduit ou l'adénome enlevé, de fixer la vessie, ou du moins le pourtour de l'incision, aux lèvres de la paroi abdominale, à l'aide de catgut ou de crins de Florence ; et ceci, surtout, lorsque la vessie est, ou extrêmement lâche et distendue, ou au contraire, lorsqu'elle est rétractée derrière la symphyse, manœuvre qui facilite l'intervention et le maintien du tube de Freyer. De ce fait,

la vessie contracte des adhérences intimes avec la paroi abdominale, son orifice adhère fortement avec le pourtour du puits du drain, et sa cicatrisation en est indéfiniment retardée. Ceci nous a paru une cause très nette et relativement fréquente de la production d'une fistule sus-pubienne. Il se produit une tendance à la fistulisation, assez analogue à celle qu'on obtient, de propos délibérés, quand on pratique l'opération dite de « Poucet », pour la dérivation définitive des urines, chez certains prostatiques inopérables ou quelques cancéreux vésicaux ou prostatiques.

L'incision sur le segment inférieur de la vessie est certainement la cause la plus fréquente en même temps que la plus certaine de la fistulisation. Expliquons-nous : quand, une fois la paroi abdominale sectionnée, et le cul-de-sac péritonéal relevé, on veut inciser la vessie, si l'incision porte très haut et sur une vessie moyennement distendue, 250 à 300 grammes de liquide — distension facile à obtenir, quand la vessie n'a pas été trop forcée, quand sa musculature est encore bonne et contractile, ce dont on se rend compte au doigt qui perçoit une vessie globuleuse, distendue et élastique — le bistouri va ouvrir l'organe sur sa face antérieure et très près de son dôme supérieur, ce dont on s'aperçoit, quand la vessie après l'évacuation de son contenu, se rétracte : l'incision reste encore à peu près en place et environ au niveau de la symphyse pubienne et en regard de l'incision pariétale. Dans la suite, une certaine quan-

tité d'urine pourra s'accumuler dans ce viscère, alors même que la cicatrisation ne sera pas terminée : quand on sonde ces vessies, une certaine quantité d'urine s'en écoule ; ou quand on fait un lavage, une partie du liquide introduit y séjourne avant de refluer par l'orifice sus-pubien.

Mais il n'en est plus de même quand la vessie a une musculature forcée, quand la fibre musculaire est dégénérée, quand la vessie est flasque et ne revient plus sur elle-même, comme cela se voit fréquemment chez les vieux prostatiques, qui ont un reliquat de 12, 1500 grammes et plus. Au moment de l'intervention, on distend la vessie le plus possible ; et malgré une réclinaison, aussi haut que possible du cul-de-sac péritonéal, l'incision vésicale porte bien loin du dôme, et plus tard, si la musculature recouvre quelque contractilité, l'incision que l'on avait cru faire très haut, se trouve sur le segment inférieur, très près du col. Le contraire de ce que l'on avait observé précédemment arrive : l'urine sort constamment par la plaie, le sondage procure peu d'urine, du liquide injecté par l'urèthre reflue immédiatement par l'ouverture abdominale. Il n'y a aucune capacité vésicale. L'ouverture vésicale n'est plus parallèle à l'incision abdominale, elle se trouve en arrière du pubis et très bas, elle contracte souvent des adhérences intimes avec la paroi postérieure de la symphyse, des indurations inflammatoires ont lieu dans la cavité de Retzius, et un trajet pour ainsi dire en double bayonnette, en Z s'établit :

d'abord à peu près rectiligne, ce trajet longeant la symphyse est parallèle à la paroi abdominale ensuite, pour redevenir vertical en la traversant. Cette direction, et les adhérences inflammatoires qui ont eu lieu, rendent parfois impossible la cicatrisation, la guérison du dit trajet. On peut encore, dans certains cas de vessies infectées, aux contours rétractés chez certains prostatiques, porteurs de calculs, dont la vessie ne s'ouvre que difficilement sur cathéter, rencontrer des cas analogues, par suite d'un mécanisme dissemblable mais dont le résultat est le même.

Défaut de cicatrisation causé par l'état général de l'opéré

Chez certains sujets existent des retards de cicatrisation qui sont le fait soit de l'état général du particulier, soit d'accidents divers survenus au cours de leur période de réparation.

Quand on a eu l'occasion de suivre un grand nombre de prostatectomisés, on a pu facilement remarquer, que l'état de maigreur ou d'embonpoint du sujet exerçait une influence certaine, favorable ou non sur la marche de leur guérison. Chez les gens obèses ou qui ont tendance à l'obésité, l'acte opératoire est certainement rendu plus difficile, par la profondeur que l'index doit atteindre pour énucléer l'adénome ; pour inciser même la vessie, la section de la paroi abdominale doit être forcément plus

longue, mais il nous a paru, que chez eux, la fermeture de la plaie marchait plus vite, et nous n'avons jamais vu de tendances à la fistulisation sus-pubienne.

Chez les maigres, les très amaigris, par contre, si l'acte opératoire est rendu infiniment plus aisé, au point de ne faire qu'une incision pariétale extrêmement réduite, ce qui *a priori*, devrait en hâter la réparation, nous avons presque toujours vu la cicatrisation s'effectuer plus lentement. Les premiers jours, l'orifice diminue normalement, mais à un certain moment, les chairs restent atones, et la guérison tarde. C'est chez eux surtout, que l'on rencontre entre le quinzième ou le vingtième jour, des tendances à la formation des escharres sacrées, quelques soins que l'on prenne. Chez certains d'entre eux, le sacrum fait une forte saillie, la peau est constamment comprimée entre cet os et les draps, et progressivement on voit apparaître une escharre, d'autant que chez eux, quand la sonde uréthrale n'a pas été encore mise, la contention parfaite de l'urine n'est pas toujours aisée, et souvent le pansement est mouillé et l'urine s'insinue jusqu'au siège, facilitant grandement la tendance à la mortification des tissus. L'on voit alors la marche de la cicatrisation se ralentir, s'arrêter même, coïncidant avec une légère élévation de température due à l'infection et à la résorbtion péri-escharrienne.

A plus forte raison voit-on aussi pareil arrêt, chez des opérés, qui jusque-là allaient normalement,

et qui soudain, sans cause appréciable ou apparente, font une infection pulmonaire, une poussée phlébitique ou une métastase suppurative à distance, comme nous en avons vu plusieurs, alors qu'il n'y avait aucune infection tangible, ni vésicale, ni uréthrale.

En résumé, comme on pouvait le prévoir, un retard de cicatrisation, peut être le fait, de l'état particulier de l'individu, et plus encore, des complications extra-vésicales post-opératoires, et cela le plus souvent à une échéance très tardive.

Pour ne rien omettre, il faut aussi noter des poussées diabétiques. Nous avons eu l'occasion de voir plusieurs sujets, opérés pendant une période de rémission du diabète ou alors que sous l'influence d'un régime approprié anté-opératoire, le taux du sucre était devenu insignifiant, et présenter très tardivement, vers le vingt-deuxième jour et chez l'un, une fois rendu chez lui, complètement cicatrisé, des troubles de nutrition locaux de cette nature. L'un d'eux, présenta même une large escharre dans sa cicatrice, aussi large qu'une pièce de cinq francs.

Après l'ablation de la sonde

Parfois, et en corrélation avec l'un des troubles précédents, la marche de la cicatrisation a été lente, soit dès le début, mais le plus généralement très tardivement, tout en paraissant complète à un moment donné. On enlève la sonde, et le

malade dans les heures qui suivent urine relativement facilement. On croit la guérison achevée, quand, dix heures après, la cicatrice rougit légèrement, se tuméfie peu à peu, devient douloureuse, et dans la nuit, le malade tout en urinant par les voies naturelles, mouille son pansement ou inonde son lit, la plaie s'est r'ouverte et une fistule s'installe.

Dans d'autres cas, sans le concours d'aucune cause retardante, la cicatrisation se fait normalement. Pendant quelques jours, la cicatrice paraît solide, mais l'opéré n'urine pas aisément, il est contraint de faire un certain effort. Peu à peu, au bout d'un nombre de jours indéterminé, les phénomènes prémonitoires de l'infection cicatricielle se produisent et la fistule s'ouvre. Si, avant l'ouverture fistuleuse, on avait introduit une sonde pour voir si la vessie se vidait totalement, on aurait constaté un reliquat plus ou moins considérable et de mauvais augure.

Dans le premier cas, la cause en est à la mauvaise qualité des tissus, au mauvais bourgeonnement de la plaie. La cicatrisation s'est faite pour ainsi dire de l'extérieur vers l'intérieur ; la vessie n'est pas fermée. Cela est si vrai que, lorsque l'on enlève l'opercule qui ferme la plaie, avec un stylet, et que l'on cherche à brûler, à cautériser les bourgeons de mauvaise nature, après 1 cm. 1/2 de résistance, le stylet tombe tout à coup dans le vide.

Dans le second, tous les plans sont cicatrisés, depuis la paroi abdominale, jusqu'à la paroi vésicale. Mais les tissus sont encore peu solides, et si un obs-

tacle quelconque à l'émission des urines, entraîne une certaine pression à l'intérieur de la vessie, la cicatrice trop jeune se rompt.

Les obstacles à l'émission des urines sont de plusieurs sortes. Le plus souvent il s'agit de prostatectomies irrégulièrement exécutées. On a enlevé la prostate incomplètement ; un seul lobe a été enlevé ; il y a eu une prostatectomie partielle ; on a cru qu'une seule luette prostatique extirpée allait suffire. Ou encore la section de la muqueuse avec l'ongle n'a pas eu lieu au bon endroit, l'adénome enlevé, demeurent des fragments de muqueuses qui surplombent la cavité, et jouent le rôle de clapet de pompe se fermant plus ou moins hermétiquement de dedans en dehors.

Parfois, l'intervention a été de tous points correcte, mais il s'agissait d'une très grosse masse, et la loge présente des parois anfractueuses irrégulières ; la lèvre supérieure, plus ou moins circulaire, se resserre, et peut aussi, elle, jouer le rôle d'un clapet, d'une barre prostatique, etc., et déterminer un véritable obstacle à la libre sortie de l'urine.

Parfois encore, mais ces cas sont plus rares, tout en ayant tendance à le devenir un peu moins, avec l'extension de la prostatectomie, pendant de longs mois, pendant des années même, la cicatrice a été solide, et la miction s'est effectuée dans de parfaites conditions ; quand progressivement les mictions sont plus pénibles, plus rapprochées, l'opéré se rend compte qu'il ne vide plus sa vessie, et son état se

rapproche de ce qu'il était avant son opération. Généralement, la vessie se distend, se force, le malade redevient, en effet, ce qu'il était autrefois, c'est-à-dire un prostatique retentionniste. La cicatrice peut, comme nous avons eu l'occasion d'en voir deux cas, être forcée, et une fistulisation se produit. Il s'agissait dans ces deux cas, d'un rétrécissement cicatriciel dans ce qui fut autrefois l'urèthre prostatique. Nous ne parlons pas ici, et volontairement, des troubles nouveaux qui sont dus à une transformation néoplasique tardive.

Enfin, notre maître, M. le Dr Rivet, a observé un cas similaire, avec ténesmes et urines purulentes, chez un malade obèse, arthritique, opéré un an avant, pour volumineux adénome et gros calcul. L'intervention nouvelle montra un calcul d'urates, de phosphates et autres sels terreux, du volume du poing, qui emplissait toute la vessie. Extrêmement friable, ce calcul fut enlevé avec une grosse curette de Wallich, et une irrigation sous pression et longtemps continuée. Le résultat fut excellent ; le malade survécut dix ans et mourut de nouveaux phénomènes prostatiques ; il s'agissait cette fois d'un carcinome prostatique inopérable, à marche lente.

MOYENS D'ÉVITER ET DE TRAITER CES FISTULES

Après avoir passé en revue les causes multiples de la longueur de la cicatrisation de la plaie pariétale dans la prostatectomie transvésicale, et de sa transformation parfois en fistule, nous allons dans ce chapitre étudier les moyens propres à parer à ces diverses et fâcheuses éventualités, et ensuite à les faire disparaître, si malgré tout elles se sont produites.

Procédons méthodiquement :

Une vérité évidente, et dont l'énonciation paraît un peu simpliste : à petite incision, répond brièveté de réparation.

Nous estimons, que chez un sujet de corpulence moyenne, et à plus forte raison s'il est maigre, l'incision pariétale ne doit guère excéder les dimensions nécessaires à l'introduction sans trop de peine du gros tube de Freyer. Force est de l'augmenter un peu chez le obèses. L'incision surtout ne doit pas découvrir le pubis. Nous connaissons un cas, où l'os avait été découvert, et atteint consécutivement d'ostéite, avec élimination tardive d'un petit sé-

questre. Ajoutons, que dans quelques cas, très rares maintenant, puisque la plupart des opérateurs, se servent d'un drain coudé, une fois le Freyer enlevé, on peut être amené à se servir du collecteur d'Irving, qui peut parfois rendre les plus grands services, en cas d'hémorragie par exemple, et qui ne peut utilement servir que s'il existe une portion suffisante entre le pubis et l'extrémité inférieure de l'incision.

L'incision de la peau et de l'aponévrose doit être franche, la recherche d'un interstice entre les droits également, sans s'égarer ni à droite ni à gauche. Quoique parfois l'entre-croisement des pyramidaux puisse commander une incision même des dits muscles. En un mot, aucun décollement, que celui qui est juste nécessaire pour relever le cul-de-sac péritonéal. Nous y reviendrons tout à l'heure.

Pour éviter les infections, il faut autant que possible n'opérer que lorsqu'un traitement préalable aura rendu aseptique la cavité vésicale. Dans les prostatectomies en un seul temps, tous les chirurgiens sont à peu près d'accord sur ce point, puisque l'infection est une des raisons qui militent en faveur de l'intervention en deux temps.

Avec l'incision petite, on peut se passer de suturer. Les sutures, malgré de minutieuses précautions, s'infectent ; une goutte purulente épaisse, ressemblant au pus furonculeux, se produit souvent, au niveau du point de pénétration, et les jours suivants, avant que la plaie ne granule franchement, elle se recouvre d'un enduit de même nature.

Dans l'intervention en deux temps, on peut agir de diverses façons : ne pas se borner à inciser d'emblée et purement et simplement, l'ouverture circulaire, pour l'agrandir, mais au préalable cureter très soigneusement avec une curette tranchante toute la paroi, en enlever toutes les fongosités, et l'écouvillonner avec une gaze montée sur une pince et imbibée de teinture d'iode. Quelques-uns font mieux, et nous sommes d'avis, dans les prostatectomies différées, d'exciser tout le trajet. Du même coup l'orifice est agrandi et transformé en une plaie nette et saine qui se réparera plus promptement.

Il est parfois bien difficile d'éviter des infections endo-vésicales, ou d'origine uréthrale.

Certains se bornent à des soins consécutifs très succints, n'enlevant que rarement les tubes de drainage, sauf pour les remplacer par les numéros décroissants, et en même temps ne lavant la vessie que parcimonieusement. D'autres ne craignent pas d'enlever quotidiennement le tube, pour le laver, le changer, et faire passer un courant de liquide dans la vessie.

La pratique que nous avons vu faire, sur un très grand nombre d'opérés, et qui nous a semblé rationnelle, d'autant que les résultats étaient bons, consiste à être très sobre de manœuvres les premiers temps, une fois les mèches enlevées, car, systématiquement, nous avons vu mettre presque en tous les cas, un tamponnement pour prévenir une hémorragie, le fameux point noir, de quelques chirurgiens

et que nous considérons comme très rare, tout au moins les premiers temps.

Nous savons bien, que M. le professeur Marion, a ajouté au tube coudé, un très petit tube latéral, qui permet le lavage vésical, sans toucher au dit drain. Mais nous nous permettrons de lui adresser un petit reproche, oh ! très léger, celui de rendre non étanche l'ouverture pariétale. Un peu d'urine passe à l'union des deux tubes, entre les parois de la plaie. Aussi aimons-nous assez, lè simple tube coudé, bien rond, bien lisse, autour duquel, se contracte la vessie, et qui donne des pansements bien secs.

Ceci dit, nous enlevons chaque jour le drain, bien doucement, momentanément, nous mettons sur le ventre le collecteur d'Irving, tenu à la main, et l'on fait passer dans la vessie, sans pression, un courant d'eau légèrement oxygénée, à l'aide d'une fine canule introduite dans ce viscère. L'eau ressort, est contenue par le collecteur, et le pansement de l'opéré, peut être fait ainsi proprement et sans douleur.

Il est très rare qu'en agissant ainsi, il y ait de l'infection ; les urines sont claires, non fétides, et il n'y a aucune élévation de température.

Malgré tout, très rarement il est vrai, mais cet accident arrive parfois, tardivement, alors que tout est pour le mieux, une hémorragie se déclare. Hémorragie provenant soit du pourtour de la loge prostatique, soit de son intérieur, soit même de la portion voisine de l'urèthre. Malgré la médication adéquate, malgré des lavages chauds, on est obligé

de dilater avec des bougies d'Hégard, puis avec l'index, l'incision qui se fermait (peut-être même est-ce parce qu'elle se fermait, et que l'asepsie vésicale n'était plus aussi certaine, que l'hémorragie se produit), puis on tamponne, par un procédé, ou par un autre. Nous n'insistons pas sur la technique à suivre, ce n'est pas l'objet de notre travail. Mais forcément on assistera à un long retard de cicatrisation, et par l'ouverture du trajet, et par l'infection presque inévitable, qui agira localement et sur l'état général, apportant une diminution de la vitalité des tissus, partant, un retard de régénération.

Nous pensons, qu'une certaine pratique qui consiste à faire de bonne heure, des lavages vésicaux, en faisant passer un courant de liquide, sous pression, par la verge, joue aussi un grand rôle dans le détachement des caillots. Aussi est-il à proscrire presque complètement.

Qu'opposerons-nous aux injections vésicales d'origine uréthrale ? Ne jamais mettre une sonde quelconque, si le méat est étroit. Malgré tous les soins, il y a toujours un peu d'uréthrite ; le pus ne peut s'énoncer au dehors, il reste en vase clos, stagne, devient plus virulent, gagne de proche en proche, et on assiste parfois, au développement de véritables collections purulentes, dans la fosse naviculaire, dans la région bulbaire surtout, qui ne cèdent qu'à une incision. Incision, qui une fois le pus évacué, et quand le malade guérit, se cicatrise très vite. Donc, fendre largement le méat, exiger des gardes de minu-

tieux soins de propreté du gland et du prépuce.

Quelle sonde employer ? Nous donnons la préférence aux sondes en caoutchouc rouge. Elles sont plus difficiles à introduire, puisque le mieux, est d'employer une sonde autofixatrice, de Malécot, par exemple, mais elles sont infiniment mieux supportées par l'urèthre. Avant d'introduire pour la première fois la sonde autofixatrice, montée sur son mandrin, mieux vaut passer dans l'urèthre pour faire le chemin, surtout de la cavité prostatique, un gros bénique. L'introduction de la sonde en est grandement facilitée.

Quant aux sondes en gomme, si pour une raison ou pour une autre on les emploie, il faut les retirer assez souvent, laver l'urèthre en les retirant, les examiner minutieusement, et ne jamais les replacer, si elles ont la moindre trace d'écaillure. Certains sujets conservent intacte une sonde en gomme ; chez d'autres on est forcé de les enlever toutes les vingt-quatre ou trente-six heures. Elles sont incrustées de sels calcaires et écaillées. Il s'agit du chimisme individuel des urines, vraisemblablement.

Un des accidents coutumiers du cathétérisme demeure en pareil cas, c'est l'apparition de l'orchite, mais on peut voir apparaître l'orchite, du fait de l'infection, légère sans doute à la vérité, puisque la température n'apparaît que lors de l'éclosion des phénomènes propres à l'épididymite. On peut voir apparaître cette localisation infectieuse, disons-nous, alors même qu'aucune manœuvre n'a été faite sur

l'urèthre. Certains chirurgiens, devant la fréquence disent-ils de cet accident, posent en principe la résection des cordons pour l'éviter. Peut-être y a-t-il une question de hasard, mais dans les nombreux cas qu'il nous a été donné de suivre, nous n'avons rencontré qu'un petit nombre d'épidymites, et encore ont-elles été le plus souvent très bénignes.

On doit user de toutes les précautions que nous rappelons sommairement, non seulement pour éviter l'infection, mais aussi pour assurer le bon fonctionnement de la sonde, surtout quand l'incision commence à se fermer. Si le drainage cesse d'être parfait, l'urine reflue par l'incision parfois oblitérée, la température s'élève un peu, et la fistule s'infecte.

Il nous semble, qu'une sonde autofixatrice bien mise au point, ses œils dépassant nettement le pourtour de l'ouverture de la loge prostatique, se déplace infiniment moins vite que les sondes en gomme. En ayant pris la précaution bien entendu, de l'attacher aussi extérieurement avec un fil de coton, pour que le malade, en un mouvement intempestif, ne puisse la faire changer de place. Deux précautions sont à ajouter : ne pas la laisser longtemps à demeurer ; quand l'urine est alcaline et laisse déposer au fond de l'urinal, sa lumière de la sonde toujours un peu étroite, peut s'oblitérer par un dépôt terreux, surtout au milieu de l'S qu'elle décrit, où ses parois sont toujours un peu aplaties ; veiller, à ce que l'orifice de l'urinal ne vienne pas comprimer la racine des bourses ; c'est une cause d'aplatissement de la sonde,

d'arrêt des mucosités et des sels de l'urine à ce niveau, et parfois sous l'influence du petit traumatisme répété, on voit la peau rougir et un petit abcès se collecter.

Ces incidents se produisent également pour les sondes en gomme, et il nous a semblé que leurs œils étaient plus rapidement oblitérés par les mucosités que ceux des Malécot.

Si pour une raison quelconque, on est obligé de se servir de ces dites sondes, ou si les préférences de l'opérateur sont pour elles, nous ne conseillons pas de se servir des sondes volumineuses 26, 28. Leur avantage dû au calibre, est contrebalancé par l'excès de volume qui traumatise l'urèthre et provoque plus facilement des uréthrites. Aussi préférons-nous le 20 ou 22 au maximum.

On accuse souvent la mise en place de la sonde de son mauvais fonctionnement. Fréquemment, nous pensons que c'est plutôt un défaut de technique lors de l'intervention, qui laisse des lambeaux flottants ; ou que cet incident se produit quand la loge est très spacieuse, et partant très irrégulière, ou encore quand il y a un certain degré d'infection post-opératoire, ou récidive d'infection anté-opératoire avec desquammation muqueuse, production de mucosités, etc.

Contre l'alcalinisation de l'urine, et ses précipitations, l'administration de l'urotropine est efficace, mais plus encore celle du benzoate de soude, ou de

l'acide benzoïque, qui rétablit au bout de quelques jours, un certain degré d'acidité favorable.

Nous avons dit plus haut que lorsqu'au cours de l'opération, la vessie avait été fixée à la paroi, elle devait être en cause pour la fermeture tardive de la plaie. Il suffit, étant prévenu, de ne jamais, sous quelque prétexte que ce soit, la suturer ainsi. Les opérateurs qui usent de cette pratique ont le plus souvent en vue deux buts : soit, de maintenir très à portée, une vessie qui a des tendances à s'enfuir, soit de relever par ce même moyen le cul-de-sac péritonéal et, en général ceci n'arrive guère que dans les prostatectomies en deux temps.

L'incision vésicale sur le segment inférieur est une cause bien plus fréquente de fistules ; nous nous sommes déjà expliqué. Plus la vessie est distendue, plus l'incision portera près du col vésical, une fois le liquide, cause de la distension, évacué, si le bistouri, a été enfoncé au ras du pubis, à plus forte raison, si sa pointe a été dirigée en avant vers le centre du petit bassin. Or, au cours des manœuvres pour l'ablation de l'adénome, surtout si elle est pénible, le doigt aura des tendances à déchirer encore cette ouverture qui se fera surtout de haut en bas.

Tous les opérateurs sont d'accord pour inciser le plus haut possible. C'est dans ce but que beaucoup ont cherché à varier la technique.

Nous avons vu, dans le service du Dr Rivet, plusieurs opérés, chez qui on avait de propos délibéré, incisé le dôme, le sommet de la vessie lui-même, soit

en relevant le cul-de-sac péritonéal très haut, mettant à nu la couche musculaire, soit allant ouvrir directement le péritoine, le suturant au fond vésical et incisant ultérieurement le dit viscère. Ces opérés ont paru guérir plus rapidement. Mais devant des manœuvres plus laborieuses, et non sans inconvénients — infection péritonéale, si les sutures n'étaient pas absolument étanches — notre maître le Dr Rivet, prend actuellement une technique un peu différente, mais dans le même but, et c'est celle-là qui nous paraît donner les meilleurs résultats. Une fois l'incision pariétale faite et toujours très petite et notablement au-dessus du pubis, il sectionne de la pointe du bistouri (les lèvres de l'incision bien écartées par en bas d'abord, avec des écarteurs de Farabœuf), la mince aponévrose ombilico-vésicale qui voile la face antérieure de la vessie et maintient le péritoine ; puis reportant les écarteurs en haut, refoule très haut le cul-de-sac péritonéal, avec un doigt coiffé d'une compresse. Alors apparaît nettement la tunique musculeuse de la vessie. On sait que cette tunique est formée de trois couches, à directions différentes : l'externe, de faisceaux longitudinaux, non continus ; la moyenne, d'une nappe continue de fibres horizontales ; la profonde ; plexiforme,en réseau. Il lui a paru que l'incision habituelle, verticale, avait plus de tendance à se déchirer, suivant la direction des fibres superficielles. Aujourd'hui, enfonçant le bistouri, comme nous le disons, à plusieurs centimètres au-dessus du pubis, mais tenu parallèlement à la sym-

physe, il incise perpendiculairement aux fibres verticales supérieures et dans le sens des fibres circulaires de la seconde couche. Que les lèvres de l'incision soient ou non maintenues avec un fil, au cours de l'opération, l'orifice a infiniment moins de tendance à se déchirer dans la direction du col. Et jamais avec cette technique il n'a eu de production fistuleuse.

Nous n'avons pas à nous arrêter sur les moyens d'obvier aux retards de cicatrisation, dus à l'état personnel de l'opéré, à l'état général, ou aux infections ou aux accidents qui peuvent survenir. Ils se déduisent de ces diverses causes.

Quand la sonde est enlevée, le malade par conséquent en apparence guéri, si l'incision s'ouvre, il faut immédiatement remettre une sonde uréthrale en place en reprenant les minutieuses précautions que réclame son bon fonctionnement.

Vis-à-vis de la fistule momentanée, nous passons, soit un stylet, sur l'extrémité duquel se trouve une perle de nitrate d'argent fondu, antique moyen extrêmement efficace ; ou encore nous introduisons, dans le trajet, une longue et très fine curette, celle qui servait pour enlever sous le contrôle de l'uréthroscope des polypes ou des granulations uréthrales. Ces deux moyens nous ont paru particulièrement efficaces. Quand la cicatrice paraît solide, vers le huit ou dixième jour, on enlève la sonde ; et le plus sage, nous a paru de remettre à demeure une nouvelle sonde pendant trois ou quatre nuits de suite.

Quand enfin, la fistulisation récidive, c'est qu'il y a un obstacle réel au libre écoulement de l'urine ; et la vessie toujours sous pression, se laisse ouvrir dans son point faible. Nous avons vu deux fois, être contraint d'ouvrir de nouveau la vessie, pour enlever un lobe qui avait été laissé en place, alors que l'on supposait sans doute, qu'une prostatectomie partielle pouvait suffire; dans le second cas, pour reséquer une partie de la muqueuse, mal cicatrisée, et venant jouer le rôle de clapet ou de barre prostatique. Ces cas sont rares ; mais prévenu, on se comporte suivant les circonstances.

Deux fois, à notre connaissance, notre maître intervint pour des fistules survenues très tardivement, et dues à un rétrécissement cicatriciel de la région prostatique, et qui cédèrent à l'établissement pendant un certain temps, d'une sonde à demeure, précédé et suivi d'une dilatation progressive à l'aide de gros béniqués.

Quoiqu'il en soit des causes que nous avons passées en revue, et si les diverses méthodes pour parer à la fistulisation restent infructueuses, il faut intervenir d'une façon plus directe.

Quand on passe en revue les divers auteurs qui ont traité cette question, on reste un peu étonné des divergences d'opinion qu'ils présentent. Certains prétendent qu'ils n'ont jamais rencontré de fistules ; d'autres au contraire, peut-être plus sincères, plutôt que moins habiles, ne font aucune difficulté d'avouer, que ces incidents ne sont pas extrêmement

rares. Si bien, que plusieurs opérateurs éminents, proposent de fermer systématiquement, au bout d'un certain nombre de jours, le trajet sus-pubien, prétendant en abréger ainsi notablement la durée.

D'après le grand nombre de prostatectomies dont nous avons eu connaissance, il nous a semblé d'une part, que cet événement était rare, et qu'ensuite, une prostatectomie dont la marche était régulière, n'était pas sensiblement plus longue, que celles pour lesquelles on était intervenu. Aussi ne pensons-nous pas qu'il faille systématiquement fermer la plaie abdominale. Ceux qui en sont partisans disent qu'il est facile de procéder, en employant simplement l'anesthésie locale. Nous le pensons pour bien des cas ; mais nous ne le croyons pas pour certains ; et nous en avons eu récemment un exemple, où la fistule était profondément enfouie derrière le pubis, dans une masse de tissu lardacé, qu'il fallut enlever péniblement, pour se trouver dans des tissus souples, et qui nécessita une longue intervention sous le chloroforme.

Technique

Anesthésie locale, avec l'agent habituel à l'opérateur : cocaïne, syncaïne, etc., nous n'insistons pas. Incision circonférentielle de l'orifice externe de la fistule, agrandie par un trait vertical en haut et en bas, et ablation autant que faire se peut, de tout le trajet fistuleux. Le point essentiel, selon nous est

d'enlever tout ce qui peut paraître induré. Il faut des tissus sains, des tissus souples. Le pourtour de l'orifice vésical doit être libéré sur une assez grande étendue.

Quand cette région paraîtra suffisamment élastique, fermer l'orifice avec un fil de catgut en anse, sans pénétrer dans l'intérieur de la vessie ; puis placer deux ou trois gros crins doubles en Clado, et les nouer de chaque côté des bords de la plaie, non sur un bourrelet de gaze, unique, mais sur deux, c'est-à-dire un de chaque côté des lèvres, chaque fil dédoublé sera noué sur lui, à l'instar du procédé de Guyon, pour nouer sur une côte les catguts doubles, qui cherchent à contenir une pexie rénale.

Cette petite intervention réussit le plus souvent, avec cette technique, ou avec des variantes approchantes. Mais il ne faut pas oublier, qu'on opère dans un milieu qui n'est pas d'une asepsie parfaite ; aussi parfois, y a-t-il des phénomènes de légère infection, et un peu de suppuration au niveau des fils. Aussi, estimons-nous, nous le répétons, qu'il ne faut avoir recours à cette manœuvre que lorsqu'on y est contraint.

OBSERVATIONS

OBSERVATION II

B. Pierre, cultivateur, soixante-huit ans. Entre salle 10 le 20 juin 1919. Dysurie remontant à deux ans. Entre à l'Hôtel-Dieu pour rétention complète et uréthrorragie consécutive à des tentatives de sondage infructueuses. L'interne de garde ne peut le sonder, on lui fait une ponction sus-pubienne.

Le 22 juin, cystostomie, urines louches, infectées.

Le 4 juillet, donc quinze jours après, prostatectomie. Gros adénome ; intervention facile.

Le 6 juillet, on enlève le Freyer, on met en place un tube de Marion 60.

Le 17 juillet, Marion 30 enlevé et sonde à demeure.

Le 22 juillet, on enlève la sonde, le malade urine seul, sans efforts.

Ce résultat excellent paraissait donc obtenu en dix-huit jours ;

Le 26 juillet, rougeur, tuméfaction de la plaie cicatricielle, puis l'urine passe.

On met une sonde à demeure.

Le 15 août, on enlève la sonde. La fistule est cicatrisée depuis quelques jours.

Sortie de l'Hôtel-Dieu le 31 août.

L'opéré a donc mis le même temps à cicatriser sa fistule qu'il en avait mis pour guérir.

A remarquer que les bourgeons au cours de la cicatrisation étaient mous, et en rapport avec une infection endo-vésicale et uréthrale mal éteinte.

ORSERVATION III

C..., cultivateur, soixante-cinq ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle 10, en mars 1917.

Rétention complète depuis vingt-quatre heures. Le début des accidents remontait à près de trois ans. Ces derniers mois, son reliquat vésical pouvait être évalué à 5 ou 600 grammes.

Au toucher, prostate peu volumineuse, mais scléreuse, tout en étant cependant lisse et délimitable.

Cystotomie le 28 mars.

La prostatectomie pratiquée le 10 avril montre une prostate peu volumineuse, très dure, et présentant une luette volumineuse, on se borne à enlever simplement, ce qui semblait l'unique obstacle.

Les suites opératoires furent relativement simples. Le dernier drain est enlevé le 25, et remplacé par la sonde à demeure. Celle-ci est retirée dix jours après, c'est-à-dire le 5 mai. Les mictions sont pénibles et lentes. Une sonde Nélaton entre facilement dans la vessie, il y a un reliquat d'environ 100 grammes.

Le 7 mai, fistulation et reflux de l'urine par la plaie. On abrase les fongosités avec la curette et on cautérise au ni-

trate à plusieurs reprises. Le 17 la plaie est cicatrisée. Le 20, nouvelle production de la fistule. Nouveau curetage ; on enlève la sonde le 30.

Le 2 juin, la fistule réapparaît, on procède sous chloroforme, à l'ablation du trajet. Quelques jours après, alors que la cicatrisation paraissait en bonne voie, le malade est pris de phénomènes urémiques, et les parents le font sortir de l'Hôtel-Dieu.

Nul doute qu'ici, si la fistule s'était reproduite, on aurait tenté d'enlever ce qui restait de prostate, ou de créer artificiellement une rigole prostatique pour permettre un plus libre écoulement. Cette observation répond bien aux fistules de cause : opération incomplète.

OBSERVATION IV

P.-J.-B..., soixante-neuf ans, cultivateur, entre à l'Hôtel-Dieu, salle 10, le 27 novembre 1911.

Prostatique retentionniste, infecté. Urine vingt fois par nuit. Hématuries fréquentes. La prostate est grosse comme une pomme d'api, lisse, élastique. Diagnostic : adénome.

Le 13 décembre : Cystostomie à la stovaïne.

Le 13 janvier (un mois après), les épreuves du carmin d'indigo et les constantes, n'ayant pas permis d'opérer plus tôt. Prostatectomie facile.

Le 26 janvier, mise en place de la sonde à demeure. Mais dans la journée, le malade indocile, ayant enlevé sa sonde, un infirmier voulant la lui replacer, détermine une fausse

route et une hémorragie abondante s'ensuit. Poussée de température les jours suivants.

Le 5 février, la sonde est enlevée. Le malade urine seul facilement. Les urines étaient encore un peu infectées.

Le 7, fistulisation, qui se présente à deux reprises et cède à des curetages et cautérisations pour se cicatriser d'une façon définitive le 12 mars seulement.

OBSERVATION V

C..., fonctionnaire, soixante-sept ans, entre à la Clinique du Dr Rivet, le 5 février 1920. C'est un homme extrêmement maigre, ayant un sacrum très saillant. Sa prostate est très volumineuse. Il est rétentionniste, mais non infecté, et n'a jamais été sondé. Sa constante est de 0,125.

L'intervention décidée en deux temps.

Cystostomie, le 10 février.

Prostatectomie le 18 février. Tamponnement serré et volumineux. Perd pas mal de sang.

Le Freyer et le tamponnement sont enlevés le 21. Les suites sont normales.

Le 5 mars, on met la sonde.

Jusqu'à ce moment, la cicatrisation s'effectuait normalement. Mais les jours suivants, les téguments rougissent sous le siège, et peu à peu, malgré des soins méticuleux, des escharres fessières et au niveau d'un trochanter, se développent. La température s'élève un peu et à partir de ce moment, la très petite plaie sus-pubienne paraît totalement privée de vitalité, malgré curetages et cautérisations. Le temps passe et la guérison n'arrive pas.

Le 20 mars, on procède sous chloroforme, car le malade est très pusillanime, à l'ablation du trajet, qui est facile et à la suture de la vessie et de la paroi. La guérison se fait lente. Mais malgré la fistulisation extérieure apparente, le malade, une fois la sonde enlevée, n'urine plus par sa fistule. Le soir, tout en lui permettant de se coucher, tantôt sur un côté, tantôt sur l'autre, on lui continue le séjour d'une sonde à demeure.

OBSERVATION VI

G... Edouard, soixante-huit ans, un peu obèse, entre à l'Hôtel-Dieu, salle 10. Il a été cystostomisé en ville pour des accidents hémorragiques, d'origine prostatique. Il s'agit d'un adénome volumineux. La cystostomie a été faite par un chirurgien, non spécialiste. La brèche est grande, et l'index qui va à la recherche de la prostate, montre que l'extrémité inférieure de l'incision partout près du col, en arrière du pubis.

La prostatectomie a lieu le 7 décembre. On ne peut mettre une sonde à demeure que le 5 janvier, la plaie très longue, se réparant très lentement.

Le 15, ablation de la sonde.

Le 18, fistule. Un stylet pénètre dans le trajet obliquement, passe en arrière du pubis. On tente un curetage et des cautérisations au nitrate d'argent les jours suivants.

La sonde est retirée le 1er février. Quelques jours après, nouvelle fistule. On remet une sonde à demeure et, par suite du changement de chef de service, le malade reste ainsi deux mois, avec des alternatives de fistulisation et de cica-

trisation suivant que la sonde est ou n'est pas à demeure. Vers le 15 avril, le Dr Rivet reprend son service, et, en présence de cette fistulisation rebelle, on entreprend la cure sous chloroforme.

L'intervention est très longue, très laborieuse : les deux droits sont transformés en tissu cicatriciel, la cavité de Retzius n'est plus qu'une masse lardacée. Tous ces tissus sont excisés, et l'ouverture vésicale se montre loin, en arrière du pubis. Il est extrêmement difficile d'avoir des tissus assez souples pour y mettre deux points de suture. On rétrécit le reste de la brèche, mais sans le fermer complètement, pour le faire bourgeonner de bas en haut.

Après diverses péripéties, le malade guérit trente, trente-cinq jours après.

Cette observation est un type net d'une fistule, par incision portant trop bas, sur le segment inférieur. Nous en connaissons quelques autres qui pourraient en tous points lui être superposées.

CONCLUSIONS

Quoique rares, les retards de la cicatrisation à la suite d'une prostatectomie sus-pubienne existent et peuvent être dus à différentes causes :

1° L'incision est défectueuse : trop basse et trop longue généralement, elle a le tort d'avoir été suturée. Ne faire que des incisions franches de 3 ou 4 centimètres, assez loin du pubis et ne pas suturer ;

2° La plaie peut s'infecter ; que l'infection provienne du dehors ou de l'appareil urinaire : vessie, urèthre. N'opérer qu'après asepsie de la vessie. Intervenir en deux séances, le deuxième temps étant fai après curetage soigneux de la plaie sus-pubienne ;

3° Après l'opération, le drainage sus-pubien d'abord, uréthral ensuite, peut fonctionner imparfaitement pour différentes causes. Surveiller très attentivement le fonctionnement des tubes coudés, les enlever journellement et faire un lavage à l'aide du collecteur d'Irving ; en temps voulu, rétablir la dérivation uréthrale au moyen d'une sonde autofixatrice en caoutchouc que l'on surveillera jalousement ;

4° C'est la vessie elle-même qui peut être cause du retard de la cicatrisation : ce viscère a été suturé

à la paroi abdominale d'où adhérences. Mais, la plus fréquente de toutes les causes est à notre avis l'incision près du col et la mauvaise direction de cette incision. Ne pas suturer la vessie. Faire porter l'incision le plus haut possible, en réclinant le péritoine, au besoin en l'ouvrant et sectionner la vessie, non pas verticalement mais horizontalement (1) ;

5° Défaut de cicatrisation, causé par l'état général de l'opéré ou par sa complexion particulière : obésité, maigreur exagérée. N'opérer qu'après avoir fait parler le laboratoire ;

6° Fistulisation tardive, survenant après la guérison, due à une mauvaise cicatrisation de la plaie, de dehors en dedans, ou à un nouvel obstacle au cours normal des urines : clapet, rétrécissement cicatriciel, calculs, transformation cancéreuse. Raviver la plaie, en remettant une sonde à demeure, ou dans le second cas intervenir pour lever l'obstacle ;

7° Ne pas fermer la plaie de propos délibéré, mais n'oblitérer le trajet que lorsque le temps de guérison habituel aux prostatectomies était dépassé ou allait l'être.

1. Point sur lequel nous insistons particulièrement.

BIBLIOGRAPHIE

Raymond de Buttler. — Résultats éloignés de la prostatectomie (Gazette des Hôpitaux, n° 39, avril 1914).

Cuquerella (*A.*). — Des fistules hypogastriques consécutives à la taille sus-pubienne. Thèse de Paris, 1905-1906.

Deroide (*Jean*). — Contribution à l'étude de quelques complications de la prostatectomie sus-pubienne. Thèse de Paris, 1910.

Desnos. — Résultats éloignés des prostatectomies (Société de Médecine, 26 décembre 1908).

Legueu. — VII[e] session de l'Ass. franç. d'Urologie. Paris, 1903, 600-602.

— Rapport au XIII[e] Congrès international de Médecine. Paris, 1900, p. 219.

Maurat. — Contribution à l'étude de la prostatectomie transvésicale. Thèse de Paris, 1908-1909.

Parcelier. — Contribution à l'étude de la prostatectomie transvésicale. Thèse de Bordeaux, 1908-1909.

Pasteau. — XIX[e] session d'Urologie à Paris du 8 au 11 octobre 1919 (Journal d'Urologie, 1919).

Pousson. — XIX[e] session d'Urologie à Paris du 8 au 11 octobre 1919 (Journal d'Urologie, 1919).

Proust. — Journal de Chirurgie, t. VII, 1911.

Sarradin. — Etude sur les fistules urinaires consécutives aux prostatectomies. Thèse de Paris, 1909.

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. — 4725-20

LANE MEDICAL LIBRARY

This book should be returned on or before
the date last stamped below.